UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946 **N° 90**

MÉNINGITE A COLIBACILLE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1946

par

Georges TEULIE

Membres du Jury — MM. **SOREL,** Président; **ROQUES**, **MOREL**, **VIRENQUE** (Assesseurs); **LASSERRE,** suppléant

ALGER

IMPRIMERIE PIERROT — 3, Rue de Belfort

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1946 **N° 90**

MÉNINGITE A COLIBACILLE CHEZ L'ENFANT

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement en Juillet 1946

par

Georges TEULIE

Membres du Jury — MM. **SOREL,** Président; **ROQUE**, **MOREL**, **VIRENQUE** (Assesseurs); **LASSERRE,** suppléant

ALGER

IMPRIMERIE PIERROT — 3, Rue de Belfort

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CALVET
Assesseur	LEFEBVRE
Doyens honoraires	HARDIER
	GORSE

Professeurs honoraires

MM. DALOUS	MM. RISPAL	MM. MOOG	MM. MAURIN
ESCAT	LAFORGUE	MERIEL	RIBAUT
	ARGAUD	CAUBET	SERR

Professeurs

Clinique de Neurologie et Psychiatrie	MM. RISER
Clinique Médicale	TAPIE
	ROQUES
Clinique Obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique Biologique et Médicale	BUGNARD
Clinique des Maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et Toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et Médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologie	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS
	CLERMONT
Histoire Naturelle	DELAS
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL R.
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne	MOREL
Bactériologie, Hygiène et Médecine Sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale Infantile et Orthopédie	BOULARAN
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE Pierre
Matière Médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL
Anatomie Pathologique	FABRE Jacques
Clinique d'oto-rhino laryngologie et de chirurgie maxillo-faciale	CALVET
Clinique Ophtalmologique	CALMETTES
Chimie Biologique	MONNIER
Médecine légale et Déontologie	PLANQUES
Histologie et Embryologie	BROUSSY

Professeurs sans Chaire

Physiologie	MM. BAISSET
Obstétrique	GUILHEM
Anatomie	COULOUMA

Agrégés

Anatomie	MM. LAZORTHES
Histologie	BIMES (Ch. de)

Médecine		GADRAT DARNAUD GERAUD DARDENNE LAPORTE VIRENQUE
Chirurgie		GRIMOUD RIEUNAU DIEULAFE DAMBRIN Paul
Ophtalmologie		DEODATI
Chimie Médicale		VALDIGUIE
Physique Médicale		MARQUES
Pharmacie		COUTURIER
Chimie générale pharmaceutique		BLANC
Histoire naturelle pharmaceutique	M^me^	DELUCQ-MATHOU

Cours Complémentaires

Cours d'obstétrique aux élèves Sages-Femmes	MM.	GARIPUY
Cours d'Anat. physiol. et pathol. aux élèves Sages-Femmes		GUILHEM
Chimie pathologie		VALDIGUIE
Chimie biologique		VALDIGUIE
Chimie minérale		BLANC
Stomatologie		CADENAT
Physique pharmaceutique		AUVERGNAT
Dermatologie et Syphiligraphie		BAZEX
Législation pharmaceutique		BOUISSET
Microbiologie		BOUISSET
Clinique de la Tuberculose		MOREL DAMBRIN Paul
Parasitologie		LASSERRE
Botanique et Cryptogamie	M^me^	DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	MM.	BLANC
Hydrologie et Géologie		ASTRE
Médecine Sociale et du Travail		BOUNHOURE
Anatomie Médico-Chirurgicale		THOMAS
Pharmacodynamie		BOUNHOURE
Bactériologie et Hygiène		LAPORTE
Urologie		ZHEZ
Ophtalmologie		DEODATI
Neuro-Chirurgie		LAZORTHES
Secrétaire de la Faculté		DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats. (Délibération en date du 12 Mai 1891).

MÉNINGITE A COLIBACILLE

CHEZ L'ENFANT

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548916_0102

MÉNINGITE A COLIBACILLE

CHEZ L'ENFANT

MENINGITE A COLIBACILLE

CHEZ L'ENFANT

A LA MEMOIRE DE MON GRAND-PERE

Dont la vie toute de labeur et de bonté restera pour moi le plus pur exemple que je m'efforcerai toujours d'imiter.

A MA FEMME

Faible témoignage de mon amour et de ma tendre affection.

A MON PERE, A MA MERE

Puissent-ils trouver dans ce modeste travail le gage de ma profonde reconnaissance pour les lourds sacrifices qu'ils se sont imposés pour moi et toute l'expression de ma très grande affection.

A MON FILS PIERRE-JEAN

A MA GRAND-MERE

A MA BELLE-MERE

A MON BEAU-FRERE, A MA BELLE-SŒUR

A MON ONCLE, A MA TANTE

A MES COUSINS

A MES NEVEUX

AU DOCTEUR Jean PROUZET

Qu'il veuille accepter cet hommage de reconnaissance pour la bienveillante sollicitude qu'il n'a jamais cessé de nous témoigner depuis notre captivité jusqu'à la fin de nos études.

AU DOCTEUR TASSIN

Médecin-chef de l'Hôtel-Dieu de BEAUNE
Chevalier de la Légion d'Honneur,

Qui durant notre captivité nous a prodigué les marques de sa haute bienveillance.

A SŒUR ROUSSEL

Témoignage de notre gratitude pour tout ce qu'elle a fait pour nous, lors de notre captivité.

AU DOCTEUR MICHALSKI

En reconnaissance des conseils qu'il nous a toujours prodigués et en témoignage de notre amitié.

A MAURICE GRASSER

En souvenir des années passées à la Faculté de Médecine de Toulouse et de notre amitié.

A TOUS NOS CAMARADES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOTRE AMI M. BARTHES

A TOUS NOS AMIS

A TOUS NOS PROFESSEURS DU LYCEE D'AUCH

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROQUES

Professeur de Clinique Médicale à la Faculté
Chevalier de la Légion d'Honneur

Que nous remercions très respectueusement d'avoir accepté de faire partie de notre Jury de Thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREL

Professeur de Pathologie Médicale à la Faculté

Qui nous fait le grand honneur de venir juger notre travail. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur Agrégé à la Faculté

Que nous remercions pour les enseignements précieux dont il nous a fait bénéficier dans son cours de Pathologie Chirurgicale durant nos 3ème et 4ème années de Doctorat.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LASSERRE

Qui nous a toujours réservé un accueil bienveillant. Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND SOREL

Professeur de Clinique Médicale Infantile
et Puériculture

Qui nous a inspiré ce travail et qui nous a fait le très grand honneur d'accepter la Présidence de cette Thèse.
Qu'il trouve ici l'hommage respectueux de notre profonde gratitude.

INTRODUCTION

Notre Maître, Monsieur le Professeur R. SOREL, ayant observé récemment un cas de méningite à colibacille chez une enfant de huit mois, nous a conseillé d'en faire le point de départ de notre thèse inaugurale.

De toutes les affections colibacillaires, la méningite à B.coli est la plus rare et la plus grave.

Elle est exceptionnelle chez l'adulte.

Elle frappe le plus souvent les enfants, les nouveaunés.

C'est précisément la méningite à colibacille chez l'enfant qui fera l'objet de ce travail.

Nous délaisserons à priori tout ce qui a trait à la méningite colibacillaire chez l'adulte.

Déjà citée depuis de nombreuses années, puisque Chantemesse, Widal et Legris en 1891, rapportent au colibacille la plupart des observations de méningite suppurée publiées ces dernières années et dans lesquelles on a incriminé un bacille pseudo-typhique.

Cette affection fut particulièrement étudiée à Bordeaux où des observations furent recueillies par ARRAUD et SABRAZE en 1919, DUCASSE et DUPERIE en 1926 et POYET en 1936, récemment à Paris par Suzanne DUVOLON.

Aussi, nous ne rapporterons dans notre travail que des observations postérieures à 1926.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Dans ce chapitre, nous nous proposons d'étudier la fréquence des coli-méningites chez l'enfant et les voies d'apport du microbe.

FREQUENCE

Le jeune âge des sujets est un facteur prédisposant à la localisation des germes sur les méninges. La méningite est une maladie fréquente chez l'enfant, et tandis que le bacille tuberculeux occupe une place importante dans la méningite de la grande enfance et de l'adolescence, le colibacille l'occupe dans les méningites des jeunes enfants et des nouveau-nés.

Cette fréquence relative de la méningite à B.coli a été démontrée par plusieurs auteurs : Barron en 1918 (American Journal of Medical Sc. 1918, t. 2, p. 358) fait une statistique sur trente-neuf cas de méningites aiguës survnant chez des enfants de moins de trois mois. Sur ces trente-neuf cas, 19 intéressent des nouveau-nés et parmi ceux-ci, il note sept fois le B.coli.

Sur quarante-deux cas de méningites survenant chez des enfants de moins de cinq mois, il retrouve quatorze fois le colibacille.

Il résulte d'une étude de la littérature médicale que de tous les germes pathogènes susceptibles de provoquer des méningites aiguës chez les jeunes enfants, le colibacille est celui qui est le plus fréquemment observé.

TERRAIN

La localisation d'un bacille sur un organe n'est pas le fait du hasard, elle dépend souvent du terrain. « Pour créer une maladie nerveuse disait Marfan, il faut d'ordinaire deux facteurs : un terrain et une graine. La graine c'est le microbe et le poison ; le terrain c'est le système nerveux délicat, sensible, fragile, qui appelle la localisation de l'infection ou qui ne lui résiste pas, alors que les autres tissus lui résistent ».

Certaines tares héréditaires ou acquises, sont une cause favorisante à la localisation des germes sur les méninges et il est évident qu'un enfant d'alcoolique, de tuberculeux, de syphilitique, sera plus exposé à une telle localisation.

On peut aussi parfois accuser le surmenage intellectuel, ce qui est assez rare, surtout chez l'enfant, et les traumatismes crâniens, même légers.

VOIES D'ACCES DU MICROBE

La question de la porte d'entrée du germe est digne d'intérêt, et les interprétations sont diverses.

Chez le nouveau-né : l'infection peut se faire par voie placentaire au cours de la gestation à la suite d'une endométrite maternelle par exemple.

L'infection peut se faire pendant le travail. L'enfant en naissant peut être exposé au cours d'un accouchement laborieux, à une infection d'origine maternelle. Dans le cas présenté par Goldreich, le travail dura trois jours ; le deuxième jour, le sac amniotique se rompit, ouvrant la porte d'entrée au microbe. Il est logique de penser qu'après une respiration prématurée du foetus, le liquide souillé pénètre dans les poumons et de là le germe pathogène est transporté par le sang au cerveau.

Cette infection au cours du travail peut être facilitée par les manoeuvres de l'accoucheur. Ce mode d'infection se voit en particulier au cours des accouchements par le siège et elle provient de l'introduction du doigt de l'accoucheur dans la bouche du foetus pour le dégagement de la tête dernière.

Koplik (Arch. of Pediat 1916) attire l'attention sur ce mode d'infection.

L'infection peut être déterminée par l'eau souillée des premiers bains.

D'après SHERER, cette eau contaminée provoque une otite moyenne, point de départ de l'infection qui gagne ensuite le cerveau.

L'eau souillée peut aussi être déglutie par le nouveau-né, provoquant une infection gastro-intestinale.

Chez le nourrisson plus âgé, l'origine intestinale de l'infection colibacillaire prédomine nettement. L'existence d'accidents méningétiques au cours des affections du tube digestif de l'enfant sont connus depuis longtemps. C'est surtout au cours des entérites muco-membraneuses aiguës que l'on observe ces réactions méningées. L'allaitement artificiel serait une cause favorisante d'infection intestinale aiguë.

Ces réactions sont particulièrement fréquentes pendant les deux premières années, plus rarement après elles peuvent s'observer au cours du choléra infantile, d'une diarrhée infectieuse aiguë, d'une entérite chronique ou même, chez un constipé chronique.

Souvent un épisode gastro-intestinal précède l'apparition du syndrome méningé.

Nobécourt et Dupasquier ont publié une observation typique à ce sujet : un enfant de sept mois rentre à l'Hôpital pour infection gastro-intestinale aiguë avec diarrhée verte et vomissements. La température est de 38°.

Puis apparaissent les signes méningés : on traite la gastro-entérite, on pratique une ponction lombaire ; les phénomènes méningés s'amendent quatre jours après son admission à l'hôpital. Mais cette rémission n'est que passagère et le lendemain la température remonte à 39° avec nouvelle poussée de gastro-entérite.

Il ressort de cette observation que l'intensité des phénomènes méningés est en rapport avec l'intensité des phénomènes intestinaux.

Dans l'observation du docteur SALVETTI que nous publions, nous voyons que la maladie débute par un syndrome infectieux avec diarrhée et une température à 39°. Le syndrome méningé apparaît ensuite.

Ducasse publie dans sa thèse une observation caractéristique :

X..., 18 mois, nourrie au sein maternel, encore allaitée par sa mère, est soumise à de gros excès alimentaires, mange la soupe familiale, pommes de terre, boit du vin, du café, suce de la viande.

La maladie débute le 9 mai par de la fièvre, de la constipation légère avec selles rares et glaireuses, vomissements alimentaires précédés de gros efforts. Une fièvre qui atteint parfois 40° et qui ne descend jamais à la normale. Une angine apparaît en même temps. L'hypothèse d'une typhoïde est écartée et l'on s'arrête au diagnostic de toxi-infection d'origine digestive.

Le 24 Mai : immobilisation de la tête, sa flexion est douloureuse, raideur de la nuque, puis tableau de méningite.

Il résulte de ce qui précède qu'assez souvent la méningite colibacillaire est précédée d'un syndrome gastro-intestinal qui est une cause favorisante de la localisation du B.coli sur les méninges affaiblies de ces enfants en état de toxi-infection.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Nous nous bornerons à donner une étude assez brève de l'anatomie pathologique dans la méningite à colibacille. Notre observation n'apporte aucun élément nouveau à ce chapitre qui a été bien étudié dans la thèse de Ducasse (méningite à colibacille chez le nourrisson).

Les lésions anatomiques des méningites à colibacille se localisent aussi bien sur la convexité que sur la base du cerveau.

Les méninges apparaissent épaisses et congestionnées ; elles sont enduites de sérosités verdâtres et épaisses.

La dure-mère apparaît injectée et rouge.

L'arachnoïde paraît quelquefois intacte microscopiquement.

La pie-mère — l'aspect diffère selon les degrés de l'inflammation.

Au stade congestion simple, les plus petits vaisseaux sont apparents et dessinent à la surface de fins réseaux.

A un stade de plus, on note un certain degré d'oedème et des sérosités verdâtres et épaisses recouvrent la pie-mère.

Au stade de suppuration, les lésions sont plus marquées. Les méninges baignent dans un pus épais qui prend parfois l'aspect d'une membrane faisant corps avec la pie-mère.

Le pus est généralement localisé à la base, mais il peut descendre jusqu'au bulbe et à la moëlle cervicale. Le canal épendymaire et les ventricules peuvent être envahis.

Parfois sérosités et pus sont les plus abondants le long des vaisseaux.

Le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction lombaire doit être examiné le plus rapidement possible. Il présente deux caractères essentiels :

Sa tension : il est presque toujours hypertendu.

Sa couleur : le plus souvent le liquide céphalo-rachidien est louche ou franchement purulent ; parfois au contraire, il est clair.

En présence d'un liquide clair, comme c'est le cas dans l'observation de M. le Professeur SOREL, on peut penser à une méningite tuberculeuse. L'examen microscopique est donc indispensable pour trancher le diagnostic.

La réaction cytologique décèle tantôt des polynucléaires en abondance, tantôt une prédominance de lymphocytes comme dans notre observation n° 1.

L'albuminorachie varie entre 0,50 et 0,70.

La glycorachie peut être normale mais semble diminuée le plus souvent.

SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie de la méningite colibacillaire ne diffère guère de celle des méningites ordinaires. L'aspect clinique dépend de l'âge des malades ; chez l'adulte la maladie revêt l'allure d'une méningite cérébro-spinale patente clinique et dont la nature n'est découverte que fortuitement. Chez l'enfant et en particulier chez le nouveau-né, la symptomatologie est beaucoup moins typique. Gibbens a particulièrement insisté sur la fréquence des méningites latentes et méconnues. De toute façon, l'apparition du syndrome méningétique classique chez le nourrisson est tardive.

Période de prodromes - Les prodromes sont inconstants : souvent il existe des troubles intestinaux avec diarrhée.

Période de début. - Le début est brusque le plus souvent : frisson céphalique, éblouissement, température élevée. Le trepied méningétique, céphalée, vomissements, constipation, n'est que rarement au complet dans la méningite à B.coli ; la constipation est le plus souvent remplacée par de la diarrhée surtout dans la méningite colibacillaire d'origine gastro-intestinale.

A la période de début, il est difficile de dire si les vomissements sont d'origine alimentaire ou méningée ; les premiers surviennent avec effort, sans force, tandis que les seconds surviennent brusquement sans effort, en fusée.

On ne trouve donc pas de signe pathognomique permettant de penser à une coli-méningite plutôt qu'à une autre variété de méningite.

Avec la céphalalgie, la fièvre s'installe : elle n'est jamais excessive, aux environs de 39° ; quelquefois cepen-

dant elle atteint 40° ; elle présente un type irrégulier. Dans les cas graves, l'hyperthermie fait place à de l'hypothermie, qui est l'indice d'une issue fatale.

Le pouls est rapide, petit, irrégulier, s'accompagne souvent de cyanose.

Parfois on note quelques vésicules d'herpès.

Les troubles sensitifs sont marqués par de l'hyperesthésie.

Il existe également de l'exagération des réflexes cutanés, de l'inégalité pupillaire, l'abolition des réflexes pupillaires, de la photophobie et du strabisme.

En même temps apparaissent les contractures, la raideur de la nuque et des membres. Les convulsions existent toujours. Parfois on note une douleur à la pression des masses musculaires ; de l'opisthotonos, des réflexes rotuliens exagérés, un signe de Babinski positif.

Au cours de cette phase d'excitation, l'enfant pousse des cris aigus, cris hydrencéphaliques. La fontanelle est toujours bombée.

En résumé, on voit que la méningite colibacillaire débute le plus souvent d'une manière assez brutale, s'accompagne de convulsions fréquentes, d'une température moyennement élevée et d'une diarrhée fétide remplaçant la constipation habituelle.

DIAGNOSTIC

1) DIAGNOSTIC DU SYNDROME MENINGE : Nous avons passé rapidement en revue les divers éléments du syndrome méningé. Il est ordinairement groupé et le diagnostic en est facile.

2) DIAGNOSTIC DE LA NATURE : Le diagnostic étiologique est le plus souvent impossible avec les seules données de la clinique. Le colibacille doit être retenu comme agent causal probable.

Si l'on est en présence d'un syndrome méningé chez un sujet atteint de colibacillose ou un enfant présentant des troubles gastro-intestinaux accompagnés de réactions méningées, il paraît superflu d'affirmer que seule la ponction lombaire en révélant la présence du colibacille dans le liquide céphalo-rachidien permet le diagnostic étiologique. Les résultats s'avèrent concluants dans 87 % des cas.

Parfois la ponction lombaire est insuffisante et cela dans les épendymites cloisonnées. Dans ce cas, une ponction ventriculaire est nécessaire tant du point de vue diagnostic décelant une lésion ventriculaire que du point de vue thérapeutique, car elle permet d'évacuer la collection purulente et facilite le traitement local.

L'hémoculture n'a qu'un intérêt secondaire car elle est le plus souvent négative.

La recherche des colibacilles dans les urines présente peu d'intérêt.

La présence de colibacilles dans les secrétions vaginales et utérines permet de reconnaître la source de l'infection dans les coli-méningites des nouveau-nés.

De tous ces examens il ressort que la ponction lombaire occupe une place très importante et l'étude du liquide céphalo-rachidien doit être systématiquement pratiquée avant celle des autres produits de secrétion ou d'excrétion ou avant l'hémoculture.

C'est d'ailleurs le seul qui nous permette de différencier la coli-méningite des autres méningites.

La méningite cérébro-spinale a un tableau clinique très peu différent. Seule la diarrhée est moins constante et la torpeur un peu moindre.

La méningite tuberculeuse est parfois difficile à différencier de la coli-méningite à liquide clair. Seul l'examen bactériologique du liquide céphalo-rachidien permet d'affirmer la nature de la méningite.

Afin de rendre le diagnostic plus facile, nous rappellerons brièvement les principaux caractères du colibacille et nous résumerons dans un tableau les principaux caractères distinctifs des germes voisins du B.coli.

(B. typhique, paratyphique A et B, pneumobacille de Friedlander) et la différenciation est parfois malaisée.

MORPHOLOGIE ET COLORATION :

C'est un bâtonnet polymorphe, non encapsulé possédant 6 à 8 cils peu mobiles ne prenant pas le Gram.

CULTURES :

Il pousse entre 10° et 42°.

La température optima est de 37°.

Il est aérobie et anaérobie.

Les cultures donnent :

En bouillon : un trouble uniforme, en vingt-quatre heures il se produit un dépôt au fond du tube et une mince pellicule à la surface. Il dégage une odeur fécaloïde.

Sur gélose : il donne des colonies arrondies, blanc grisâtre, opaque.

Sur gélatine : les colonies ont même aspect. Le colibacille ne liquéfie pas la gélatine.

Sur pomme de terre : les colonies y poussent abondamment en formant un enduit de coûleur jaune ou brune.

Il coagule tardivement le lait, rougit très fortement le petit lait tournesolé.

PROPRIETES FERMENTATIVES :

Le B.coli communé fait fermenter :

- le lactose,
- le glucose,
- le maltose,
- la mannite.

Il ne liquéfie ni le blanc d'oeuf ni le sérum coagulé.

Il provoque la fluorescence du rouge neutre qui vire aú jaune vif.

Le milieu au plomb ne noircit généralement pas.

Il y a formation d'indol aux dépens des peptones.

VARIETES

Le colibacille est très polymorphe. On a pu en distinguer jusqu'à soixante-quatorze groupes. Actuellement on admet quatre variétés principales :

1er type : immobile :

2ème » : ne donnant pas d'indol ;

3ème » : immobile, ne donnant pas d'indol. Il est très voisin du pneumobacille ;

5ème » : ne réduisant pas le rouge neutre.

TOXINES

Depuis les travaux du Professeur H. Vincent, on sait qu'il y a deux toxines colibacillaires.

- une exotoxine apparaît dans les cultures jeunes. Elle est thermolabile et détruite par la chaleur à 75°. Elle est neurotrope.

- une endotoxine dont l'apparition dans les filtrats est plus tardive. Elle est thermostabile et résiste à 90°, mais à une plus haute température elle est détruite. Elle est hépato-entérotrope.

	COLIBACILLE	PARA - B	PARA - A	B. TYPHIQUE	PNEUMOBACILLE
Mobilité	peu mobile	mobile	très mobile	très mobile	immobile
Capsule	non capsulé	non capsule	non capsule	non capsule	capsule
Bouillon	pas de colorettee à la surface avant 48 H.	pas de collerette	pas de collerette	pas de collerette	pas de collerette
Gélose	colonies non muqueuses	colonies non muqueuses	colonies non muqueuses	colonies non muqueuses	colonies non muqueuses
Eau peptonné. .	indol	qqf. indol	pas d'indol	pas d'indol	pas d'indol 10% des cas +
Gélose lactosée tournesolee.	virage net au rouge	reste bleue	reste bleue	reste bleue	cameleonage
Gélose glucosée tournesolee.	rougit	rougit	rougit et fragmente	rougit et fragmente	rougit
Rouge neutre	jaune serin	fluoresc. fragmente	fluoresc. fragmente	rien	jaune serin
Petit lait tournesolé	coagule rougit	cameleonage	rougit	rosit	cameleonage
Gélatine	pas de liquefaction	pas de liqueafction	pas de liquefaction	pas de liquefaction	pas de liquefacton "clou"
Gélose à l'acétate de plomb .	ne noircit pas	noircit	ne noircit pas	noircit	

EVOLUTION - PRONOSTIC

La durée des méningites colibacillaires est excessivement variable.

Le pronostic par contre est particulièrement grave. Il est fonction de la virulence du germe, de la nature du terrain, de la précocité du diagnostic et de l'efficacité du traitement.

Dans la majorité des cas, les coli-méningites ont une issue fatale. Sur les sept observations que nous rapportons, nous notons seulement deux guérisons : la fillette de huit mois, traitée par M. le Professeur SOREL et celle de deux ans, du docteur SALVETTI. Le pourcentage établi d'après ces cas montre une mortalité d'environ 72 %. Ce chiffre calculé d'après un nombre trop restreint d'observations n'a donc qu'une valeur toute relative.

DUCASSE rapporte 35 cas de méningite à B.coli parmi lesquels 2 cas de guérison seulement. La mortalité serait donc de 95 %.

Ceci montre combien sont graves les méningites colibacillaires chez l'enfant et combien est sombre le pronostic immédiat.

Lorsque la guérison se produit, elle se fait en une quinzaine de jours et la maladie ne semble pas laisser de séquelles.

Du point de vue psychique, la récupération est complète.

Du point de vue physique, l'avenir est en général bon. Toutefois le malade de SALVETTI, dont nous relatons l'observation a fait une hémiplégie dont il persiste une impotance fonctionnelle partielle du membre supérieur.

Mais si la guérison survient, l'avenir est en général bon. L'utilisation de la pénicilline et des sulfamides associés laisse espérer, comme le démontre notre observation à l'avenir, un pronostic moins sombre de l'affection.

TRAITEMENT

Des que le diagnostic de méningite est fait et que la nature colibacillaire a été reconnue bactériologiquement, il convient d'instituer aussitôt un traitement étiologique et symptomatique.

La coli-méningite étant consécutive le plus souvent à une infection intestinale, il faut pratiquer une thérapeutique énergique contre ces affections.

Nous n'insisterons pas sur leur mode de traitement. Il consiste à laisser l'enfant dans une chambre obscure, silencieuse.

- à désinfecter son rhino-pharynx par les antiseptiques usuels,
- à traiter l'otite,
- à désinfecter le tube digestif.

Le mode de traitement dirigé spécifiquement contre le B.coli est représenté par le germe anticolibacillaire.

Parmi les différents sérums anticolibacillaires, il en est un que l'on n'emploie plus aujourd'hui : c'est le sérum de l'Institut Pasteur.

Le sérum le plus connu et le plus employé est celui de Vincent. Il est très efficace dans les septicémies colibacillaires. Dans les coli-méningites il donne des résultats satisfaisants. Il convient de l'employer en injections intra-rachidiennes à la dose de 5 cc - 10 cc - 20 cc, suivant l'âge et la tolérance, et simultanément en injections sous-cutanées aux mêmes doses.

Leur action s'est montrée efficace dans le cas publié par SALVETTI.

La malade âgée de deux ans reçut 10 cc de sérum de Vincent intra-rachidien et 10 cc sous-cutané à 48 h. d'intervalle chaque. Dès la première injection on note une amélioration de l'état général, du syndrome méningé et du liquide céphalo-rachidien.

L'apparition en thérapeutique des sulfamiles a permis de grands espoirs et son utilisation isolée a donné des succès, témoin les résultats obtenus chez le nourrisson traité par M. le Professeur SOREL.

Il ressort de cette observation que les sulfamides doivent être données d'emblée à forte dose. Leur pouvoir bactériostatique ne s'exerce que si elles atteignent dans le liquide céphalo-rachidien un taux suffisant de concentration plus de 40 mg par 1.000 cm3).

L'administration par voie générale (buccale ou intra-musculaire) suffit à réaliser ce taux de concentration, en raison de la perméabilité hémo-méningé suffisante. La voie intra-rachidienne a cependant son utilité permettant une action plus rapide dans les formes graves.

L'administration doit être précoce, massive, fractionnée et de courte durée. La dose quotidienne utile varie avec le produit employé, l'âge et le poids du sujet et la gravité de l'affection. Il est intéressant de noter que les enfants ont une tolérance aux sulfamides d'autant plus grande qu'ils sont plus jeunes.

Les corps actifs contre le colibacille sont surtout :

- le 1162 F dont il existe une solution isotomique à 0,85 % injectable par voie intra-rachidienne ;

- le 693 ou sulfapyridine, dont un dérivé (le soludagénan) est injectable par voie intra-musculaire, mais en aucun cas par voie rachidienne.

- le 2090 RP ou sulfathiazol, dérivé thiazolé bien toléré en général par la voie digestive.

Il est indispensable pour obtenir des résultats satisfaisants d'associer l'administration par voie générale et par voie rachidienne.

L'observation de M. le Professeur SOREL que nous rapportons en est un exemple frappant.

Quant à la posologie, établie par 24 h. et par kg de poids, nous pouvons la résumer dans le tableau suivant :

	Nourrissons	Enfants	Adultes	Vieillards
Pos. faible ...	0.10	0.10	0.05	0.05
» moyenne.	0.20	0.15	0.10	0.10
» forte ...	0.30	0.20	0.15	0.15
» massive..	0 50	0.30	0.20	

Dans les méningites colibacillaires, il convient d'appliquer les doses massives.

Quant à la pénicilline elle ne semble pas avoir donné des résultats probants et notre observation confirme ces constatations.

Dans ce cas, elle fut cependant utilisée par voie générale en injections intra musculaire à la dose de 5.000 unités, toutes les trois heures, pendant sept jours et par voie intra-rachidienne on en fit 10.000 Unités.

Malgré les 300.000 Unités on n'a constaté aucune amélioration.

Peut-être qu'une association de pénicilline sulfamides constituerait une thérapeutique plus efficace contre le coli-méningite.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (due à l'obligeance de M. le Professeur R. SOREL) :

Thérèse P..., âgée de huit mois, rentre à la clinique Médicale Infantile le 4 octobre 1945 avec un syndrome méningé fruste

Le début de la maladie est rapide. Le 2 octobre l'enfant est grognon, nerveuse et présente quelques convulsions.

Le 3 octobre une ponction lombaire donne un liquide clair hypertendu avec de nombreuses cellules.

Le diagnostic de meningite tuberculeuse est posé mais la présence de polynucléaires fait douter de la possibilité d'une méningite tuberculeuse.

Le 4 octobre l'enfant est admise dans le service de M. le Professeur R. SOREL. Devant un syndrome méningé fruste avec raideur inconstante et légère de la nuque, anorexie, constipation, présence de polynucléaires dans le liquide céphalo-rachidien, on fait un traitement à la pénicilline. D'ailleurs le traitement semble d'autant plus logique que la cuti-réaction est négative ainsi que l'intra dermo-réaction. Le traitement par la pénicilline dure sept jours. L'enfant reçoit 5.000 Unités toutes les trois heures en injection intra-musculaire.

On ne constate aucune amélioration clinique. Le syndrome méningé demeure fruste mais persiste. L'examen du fond d'oeil révèle une stase bi-latérale légère. L'état général est médiocre.

L'enfant anorexique maigrit vite et la tête avec ses fontanelles tendues et ses sutures élargies n'en paraît que plus grosse.

Le 9 octobre 1945, au cinquième jour du traitement pénicillé, après 200.000 Unités, on pratique une ponction lombaire, le liquide est clair et hypertendu. Albumine 0,50 - Cellules 220 avec 20 % de polynucléaires, 80 % de lymphocytes B. K. néant. - Lowenstein stérile.

En culture on identifie du colibacille pur.

On continue la pénicilline et après 300.000 Unités dont 10.000 par voie intra-rachidienne, il ne paraît pas y avoir d'amélioration. L'hydrocéphalie persiste bien que légère. La température est à 38°. L'état général est toujours mauvais.

On arrête alors la pénicilline.

Le 16 octobre on pratique une nouvelle ponction lombaire : liquide clair, 300 cellules avec prédominance de lymphocytes. En culture colibacille pur.

Aussi, après l'échec apparent de la pénicilline on institue un traitement par les sulfamides.

Du 16 au 21 Octobre l'enfant reçoit :

- par os, 3 gr. par jour.
- par voie rectale, 2 gr. par jour,
- par voie intra-musculaire, 2 gr. par jour de soludagénan.
- par voie intra-rachidienne tous les jours une ampoule de néo-coccyl, 1 gr. 70.

Les sulfamides sont assez mal supportés par l'enfant.

La température oscille entre 37° et 39°.

Les vomissements persistent ainsi que le torpeur et l'obnubilation. La tension des fontanelles augmente malgré une ponction lombaire quotidienne.

Néanmoins le liquide céphalo-rachidien toujours clair est stérile le deuxième jour du traitement sulfamidé après qu'une troisième fois le B.coli ait été trouvé à l'état pur le 16.

L'état général est encore très alarmant : la tête est ballante, lourde ; les suttures sont toutes élargies, l'anorexie est totale ; les vomissements persistent et la température se maintient à 38°5.

C'est dans ces conditions que l'enfant est reprise par sa famille. Mais fait important ,son liquide céphalo-rachidien est clair et stérile.

Devant l'échec apparent de la pénicilline et des sulfamides, le docteur Bertrou, médecin traitant, entreprend un traitement désespérément logique.

Il fait absorber tous les jours une ampoule de serum de Vincent anti-colibacillaire et complète par une injection de même sérum : tous les trois jours avec diète hydrique sucrée.

On constate alors une amélioration rapide de l'état général. La température tombe. Plus de torpeur. Progressivement l'enfant est remise à une alimentation normale. Elle perce sans incidents deux incisives. Après quoi elle est complètement guérie. Depuis, l'enfant a présenté quelques malaides attribués par la famille à des poussées dentaires. Les vomissements ont apparu de nouveau ainsi qu'une intolérance nettement marquée pour le lait.

Néanmoins, à la date du 26 mai 1946, l'enfant est en excellente santé. Elle n'a cessé de reprendre des forces et ne tardera pas à marcher.

En résumé : nous sommes en présence d'une méningite à colibacille pur confirmée par trois ponctions lombaires successives et passées par trois phases thérapeutiques.

1) Pénicillinothérapie générale et par voie intra-rachidienne (10.000 Unités) : échec.

2) Sulfamidothérapie à la dose de 0 gr. 50 par kg pendant cinq jours. Mal supportée aggravation apparente mais stérilisation rapide du liquide céphalo-rachidien.

3) Sérum de Vincent pendant quinze jours, coïncidant avec la guérison.

Que pouvons-nous conclure de cette observation ?

1) Il semble que la pénicillinothérapie par voie générale est inefficace.

2) On pourrait croire au premier abord à l'échec des sulfamides et au succès du sérum anticolibacillaire. Malgre les apparences, il nous est permis de renverser les valeurs à cause des examens bactériologiques. Il nous semble plus plausible de penser que l'enfant agonique rendue à ses parents après le traitement sulfamidé était en réalité guérie.

D'ailleurs, depuis les travaux de Boivin sur les antigènes colibacillaires, l'action du vaccin anticolibacillaire ne peut être considérée comme spécifique et cela en raison de la multiplicité des antigènes.

On peut donc conclure à l'efficacité des sulfamides qui réalisent une stérilisation rapide du liquide céphalo-rachidien.

OBSERVATION 2 (SALVETTI) :

H..., âgée de deux ans, née à terme, accouchement normal, nourrie au sein jusqu'à six mois. Aurait présenté à cet âge des crises de convulsions courtes mais avec perte de connaissance. Retard de la marche et de la parole ; instabilité et agitation.

Le début de la maladie a lieu le 9 Septembre 1930 par un état infectieux banal accompagné de diarrhée et de température qui oscille entre 38°5 et 39° et tombe le sixième jour. L'enfant reste deux jours apyrétique, puis la température remonte et à partir du 21 prend le type à grandes oscillations descendant le matin au-dessous de 37° jusqu'à 37°5 pour remonter le soir à 40°5 et plus. En même temps s'installe un syndrome infectieux des plus graves avec prostration, diarrhée, oligurie, coeur mou avec intermittence, pouls à 150, gros foie. Les examens de laboratoire, hemoculture, sero-diagnostic restent négatifs. Le 27 apparaît au milieu de ces symptômes une légère raideur de la nuque et le 28 survient une hémiplégie droite. La ponction lombaire pratiquée à cette date ramène un liquide louche, hypertendu renfermant 157 éléments blancs par mm3 (67 % de lymphocytes et 33 % de polynucléaires), une albumine à 0,72, absence de méningocoque et de bacille de Koch mais présence de nombreux bacilles mobiles. Gram négatifs que les caractères culturaux identifient au coli-bacille.

A partir du 28, cinq injections de sérum de Vincent sont pratiquées 10 cc intra-rachidien, 10 cc sous-cutané à 48 heures d'intervalle chacun). Dès ce moment on assiste à une descente en lysis de la courbe thermique qui accompagne parallèlement une amélioration de l'état général et des signes nerveux. Le 24 octobre l'enfant était convalescente. Mais la paralysie du membre inférieure n'a rétrocédé qu'au bout de trois mois et huit mois après le début de l'affection, le

membre supérieur reste raide et partiellement impotent représentant les caractères habituels des hémiplégies cérébrales infantiles.

OBSERVATION 3 (CRAKFORD). - (traduction personnelle).

Mme A... donne naissance à un enfant bien portant de 11 livres, le 20 décembre 1937. C'était son deuxième bébé. L'accouchement se fit normalement et mère et enfant allaient bien. Je fis ma dernière visite le 30 décembre, les confiant à une infirmière qualifiée de la région

Le 2 janvier 1938 je fus appelé pour examiner l'enfant qui avait refusé tous les aliments de la journée, se montrait extraordinairement tranquille et de temps à autre criait d'une manière singulière. Il avait été parfaitement normal le jour précédent. Je trouvai le bébé très malade avec une température de 100°5 F, un pouls à 130 et 38 respirations à la minute. Il n'y avait pas de signes physiques si ce n'est une plaque de stomatite sur la joue gauche. La fontanelle n'était ni tendue ni distendue. Il n'y avait pas de raideur de la nuque et les oreilles étaient normales. L'enfant ne montrait ni intérêt, ni irritation à l'examen et refusait le sein. Il y avait ce jour-là une vague histoire de légères convulsions.

En dépit de l'absorption des aliments et d'eau prescrits, il mourut tôt le matin suivant.

A l'autopsie le cerveau était largement recouvert d'un exsudat purulent, épais, duquel poussa une culture pure de colibacilles non hémolytiques.

Il y avait des plaques de stomatites dans la bouche que je regrette de ne pas avoir ensemencées.

OBSERVATION 4 (Trillat et Notter) :

Mme D..., tertipare de 35 ans, grossesse bien supportée, accouchement normal, sans incident le 10 Novembre 1938, d'un enfant de 3.800 gr.

Le 15 Novembre, le quatrième jour au soir, l'enfant qui est à l'allaitement au sein (courbe de poids ascendante de 3.500 à 3.640 gr.) pousse des gémissements continuels. Il n a pas de température.

Le 16 novembre au matin il fait une petite crise de cyanose sans convulsions. A 13 h. 30 seulement on note une crise convulsive avec plafonnement des yeux. L'examen est à peu près négatif en dehors d'une légère raideur vertébrale, pas de tension des fontanelles. La ponction lombaire est cependant pratiquée et permet de retirer un liquide franchement purulent, eau de riz.

L examen fait aussitôt au laboratoire de la maternité, sans centrifugation, montre une quantité de bacilles Gram négatif. Les cultures pratiquées tant à la Faculté qu'au Laboratoire hospitalier, permettent d'identifier du colibacille pur sans éléments associés.

Le 17 Novembre au matin, l'enfant, après des crises convulsives répétées et une température de 38°9 meurt dans le coma avec cyanose, trois jours après le début des accidents.

Il y eut opposition à l'autopsie.

Les exsudats rhino-pharyngés examinés chez la mère ne révélèrent la présence d'aucun microbe. Par contre les urines qui étaient claires renfermaient des colibacilles ainsi que des lochies, sans avoir du reste donné lieu à aucune manifestation pathologique, soit au cours de la grossesse, soit après l'accouchement.

OBSERVATION 5 (Trillat et Notter) :

Mme F.... 35 ans quartipare, deux accouchements spontanés à terme, un accouchement prématuré à sept mois d'un enfant vivant décédé le premier jour.

Elle accouche spontanément le 2 décembre 1938 d'un enfant de 3.000 gr. placenta 450 gr., courbe de poids normale dans les jours suivants.

Le 10 décembre, au huitième jour, l'enfant refuse le sein et présente des crises de cyanose, sans convulsions. Dans la journée, petites crises convulsives, pas de température, pas de tension des fontanelles, mais seulement un peu de raideur de la nuque. Une ponction lombaire aussitôt pratiquée, ramène un liquide hémorragique, manifestement d'hémorragie méningée à l'épreuve des trois tubes. L'examen direct ne montre pas de microbe. On ne pratique pas de culture.

Le 11 décembre, une ponction lombaire ramène un liquide encore teinté. L'état général paraît s'améliorer, mais le 12 décembre, devant de nouvelles crises convulsives, on fait encore une ponction lombaire qui montre un liquide toujours teinté de sang, mais à l'examen direct on constate des bacilles en petite quantité à Gram négatif. Les cultures faites au laboratoire hospitalier permettent l'identification formelle des colibacilles.

On pratique également l'examen des exsudats naso-pharyngés du nourrisson qui révèlent la présence des mêmes bacilles. De même dans les urines on trouve des colibacilles en petite quantité.

Le Bordet-Wasserman a été négatif dans le liquide céphalo-rachidien.

Dans les jours suivants, la température oscille entre 37° et 38°5. L'état général subit des alternatives d'amélioration et d'aggravation, les crises convulsives n'apparaissent qu'à des intervalles très éloignés. L'enfant présente une courbe de poids stationnaire, prend le sein maternel. On ne note que quelques vomissements.

Les ponctions lombaires pratiquées à différentes hauteurs sont blanches.

Le 15 décembre on montre l'enfant au docteur Bertoye qui fait noter : pas de signes méningés : ni Kernig, ni raideur de la nuque, ni tension des fontanelles ; par ailleurs l'examen du coeur, du foie, de la rate est également négatif. Au niveau du tibia droit on note une petite surélévation paraissant due à l'oedème du tissu sous-cutané. Ponction de la fontanelle négative.

La thérapeutique a consisté en application de vessies de glace sur la tête, d'ingestion de chloral en petites quantités et d'un comprimé de Dagénan par jour. Inhalation d'oxygène.

Le 18 au matin, l'enfant meurt sans autres signes nouveaux qu'une cyanose persistante (le huitième jour après le début des accidents).

L'autopsie montra des lésions méningées avec placards purulents disséminés, surtout à la base, où ils formaient un véritable magma. Au niveau de la convexité, on note une congestion généralisée sans placards purulents

Chez la mère, les prélèvements d'exsudats rhino-pharyngés ont été négatifs. Dans les urines on a constaté de rares colibacilles. Dans ses antécédents on ne relève aucune manifestation pathologique pouvant être rapportée à la colibacillose. Les lochies prélevées au niveau du col ont montré cependant la présence de très nombreux bacilles offrant les caractères du colibacille.

Le Bordet-Wasserman dans le sang a été négatif.

OBSERVATION 6 (Ratcliffe) (Traduction personnelle) :

X. Y..., fillette de six semaines, fut admise à l'hôpital d'enfants à Sheffield pour convulsions. Antérieurement à ceci, rien de spécial et la maladie a apparu brusquement. Rien de spécial à la naissance pouvant expliquer ces phénomènes. L'enfant avait été nourrie au sein. Durant 12 jours, elle eut plusieurs convulsions journalières s'accompagnant de cyanose, entre les crises, l'enfant restait calme, mais poussait des cris si on lui touchait la tête A l'examen l'enfant était demi-comateuse et la respiration stertoreuse. La tête était hydrocéphalique, les sutures étaient largement ouvertes et les fontanelles bombées. On notait une raideur de la nuque et un signe de Kernig positif. Les pupilles étaient égales mais réagissaient avec paresse à la lumière. Les réflexes abdominaux étaient absents, les réflexes rotuliens exagérés. Par ailleurs tout était normal.

Une ponction lombaire pratiquée le jour de son entrée à l'hôpital permet d'obtenir 2 cc de liquide clair, non hypertendu et suivi d'un écoulement qui paraissait être du sang pur. L'état de l'enfant empira progressivement et elle continua à avoir plusieurs convulsions chaque jour. L'hydrocéphalie devint plus marquée. Jusqu'au 5 février, la température resta normale, mais s'éleva par la suite progressivement, étant de 100° F le 13. Les pulsations sont de 150 à 170 et la respiration de 36 à 58.

Une deuxième ponction lombaire pratiquée le 4 Février donne des résultats identiques à ceux de la précédente, la quantité de liquide retiré est si faible que l'on tente une culture où l'on voit se développer du colibacille pur. La réaction de Wassermann pratiquée chez la mère est négative. La radiographie du crâne de l'enfant ne révèle aucune anomalie si ce n'est l'hydrocéphalie.

A l'autopsie, on trouva le cerveau volumineux, les ventricules étaient distendus par un pus épais et verdâtre. Le pus était plus abondant à la base. Un examen du pus montra un très grand nombre de bacilles Gram négatif, ressemblant à des colibacilles.

OBSERVATION 7 (Braid) (Traduction personnelle)

Une primipare de 22 ans était en observation et en traitement pour une infection gravidique se manifestant par des céphalées et une tension artérielle élevée à partir du quatrième mois de grossesse. A aucun moment on n'a relevé d'anomalie dans les urines.

Le 28 Août, à cause de la persistance et de la violence des céphalées, on pratique une dilatation artificielle. Elle avait atteint la 37ème semaine de sa grossesse. Le 30 août, à 7 h. 40 du matin, les douleurs commencent. Les membranes étaient alors intactes. Le même jour, à 11 h. 55 du soir, naissait une fillette. Elle pesait 2 kgs 850 et mesurait 19 pouces, soit 0 m. 52. L'enfant paraissait très bien et resta ainsi dans l'après-midi du 2 septembre où elle eut une crise de cris. Ceci se répéta une heure

plus tard et on remarqua que l'abdomen était nettement gonflé. Des crises convulsives avec cris hydrencéphaliques commencèrent alors et furent fréquentes. Les selles sont nombreuses, pas de vomissements, les convulsions sont plus fréquentes et l'enfant est dyspnéique. La température s'élève à 100°2 F et l'enfant mourut le 3 Septembre à 9 heures du soir, 30 heures après l'apparition des premiers symptômes.

A l'examen, on ne constate pas d'autres signes, pas d'augmentation de la tension des fontanelles, pas de raideur de la nuque, pas de raideur des membres, les poumons apparaissent clairs, pas de septicémie ombilicale.

A l'autopsie faite le lendemain, on note un exsudat purulent sur la convexité du cerveau et en particulier le long des vaisseaux qui étaient congestionnés. Les organes de la poitrine et de l'abdomen étaient simplement congestionnés.

L'examen bactériologique de ce pus montre du colibacille pur.

Quelques jours plus tard, l'examen de la mère révéla une endométrite cervicale à B.coli reconnu bactériologiquement pur.

CONCLUSIONS

I. - La méningite à colibacille est une affection qu'il faut connaître chez l'enfant et le nourrisson ; elle constitue, malgré tout, une rareté dans le cadre des méningites, mais elle mérite une place nosologique bien à part.

II. - Elle est le plus souvent à point de départ otique ou gastro-intestinal dans les premiers mois de la vie.

Si l'infection est antérieure à la naissance ou survient pendant l'accouchement, elle est consécutive à une infection de la mère.

III. - Son tableau clinique n'a pas de caractère pathognomonique. L'existence des troubles intestinaux doit faire penser à la possibilité d'une coli-méningite. Le plus souvent, le liquide céphalo-rachidien est purulent et épais. Lorsqu'il est clair et limpide, la symptomatologie rappelle celle de la méningite tuberculeuse.

IV. - Seul l'examen bactériologique permet d'en faire le diagnostic.

V. - Le pronostic immédiat est grave, mais si la guérison survient, les séquelles sont rares.

VI. - Du point de vue thérapeutique, il convient d'associer la sulfamidothérapie par voie générale et par voie intra-rachidienne à des injections intra-rachidiennes de pénicilline. Il convient aussi de ne pas négliger la sérothérapie anticoli-bacillaire de Vincent.

Vu : Le Président de Thèse
R. SOREL

Vu : Le Doyen
LEFEBVRE

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse le 18 Juillet 1946
Pr. le Recteur
Le Doyen délégué :
MAGNOL

BIBLIOGRAPHIE

ADENOT : Les méningites microbiennes (Thèse Lyon 1889).

ARRAUD : Les méningites colibacillaires (Thèse Bordeaux 1919-1920).

BRAID : Méningites colibacillaires chez le nouveu-né Brit. M. J. - 17 Novembre 1928, p. 895).

BRAILLON ET MERLE : Méningites aiguës à colibacilles (Société Med. des Hôp. 1914, p. 332).

CATTANEO : Méningite et pleurite du B.coli nell-infanzia (Atti di soc. lam. d. Sc. méd. e. biol. 1915-1916, p. 142).

CROCKFORD : (A.L.) : Case of B.Coli méningitis (Brit. M.J. : 1101 May (21-1938).

DUBOIS : Méningite colibacillaire aiguë et curable chez les nourrissons, contribution à l'étiologie des convulsions essentielles de la première enfance. (Scalpel, Liège 1913, LXVI, 69-71).

DUCASSE : Contribution à l'étude de la méningite à colibacille chez le nourrisson. (Faculté de Médecine de Bordeaux 1925-1926).

DUPERIE-CAUDENAULE : Méningite-épendymite cloisonnée à colibacille chez un nourrisson de 7 semaines. (Cité par Ducasse).

DUPERIE-DUCASSE : Méningite colibacillaire chez l'enfant (Soc. de Biologie, 17 février 1927, p. 407).

DUVOLON SUZANNE : La méningite à colibacilles. (Thèse Paris 1941).

GIBBENS : Coli méningite in newx born. (Lancet 1, 1298-1300. June 18-1932).

HANAU : Méningite du bact. coli in new mati. (Gaz. d'osp. 53.833-835. July 3-1932).

HERZKINE (Melle) : Sur un cas de méningite suppurée à colibacilles (8e, Genève 1910).

JAHKOLA : Uber die Meningitiden der Neugeberenen Zivei neue (Fâlle von coli-méningitis (Acta soc. med. Fenn duodecim (ser. B. fasc. 1.3. art. 17), 23 1-13 1935).

LACOSTE-BORDIN : Série curieuse de méningites aiguës. (Paris Médical 1915).

LAMY Mlle JAMMEY-MALEY : Sur la méningite à « bactérium-coli » à propos d'un cas observé chez un nourrisson de dix mois (Bull. et Mém. de la Sté Médicale des Hôp. de Paris n° s : 3-4-5-6-71946).

MAGAREY-WEST-PELLEW : Cérébro-spinal méningitis due do bacillus coli infection fellowing abortion recevery (M. J. Australia 2-86. July 20-1935). (Cité par POYET, Thèse Bordeaux).

MARINESEU et VASILESCU : Case of colibacillary meningopathy simulating clinical symptôme of cerebral meningitis. (Romanis Méd. 13.165-166, June 15-1935).

MAYERS (M.) : Case of bacillus coli meningitis folowing prostatic resection. (Urol. and Cutaneus Review. 41 : 16-19 Janvier 1937).

MOLL : Coli meningitis des sanglingon (Prag. med. Wch, 1907, p. 501).

LAPORTE-PLANQUES-LABOUCARIE : Les troubles nerveux consécutifs aux maladies intestinales. (Congrès de la colibacillose de Châtel-Guyon, 1934).

MORTON et MAYERS : Un cas de méningite à colibacille après résection prostatique. (The Urol. and Cutaneous Review, Janvier 1937, In Journal d'Urologie, T. 43, n° 3 Mars 1937).

NAVARRO : Meningitis in infant caused by colibacillus, death (Arch. espan. de pediat. 13-513-519, Septembre 1929) (Rev. de especiale, 4,753-750, Aug. 1929).

POYET : Méningite à colibacille chez l'adulte (Thèse de Bordeaux 1936-1937).

POCHOPIEN : Bacterium coli mutabile in cerebro-spinal meningitis. (Polska gaz. lek. 17 : 63-65, Janvier 23-1938).

RATCLIFFE : Un cas de méningite par le B.coli (The Lancet 1er Juin 1935, p. 1274).

RISER : Le liquide céphalo-rachidien, 1929).

REINHARDT : Méningites colibacillaires (Monaschr. Kinderh, 1927).

SALVETTI : Méningites à colibacilles. (Bulletin de la Société de Pédiatrie de Paris, Nov. 1931. — Annales des laboratoires Clin. Janvier-Février 1935, p. 341).

SEGIET : Zur pathogenese der Sog. Coli Meningitis der Neugeborenen. (Franfurt Ztschr. f. Path. 53 : 208-219, 1939).

SOREL, A. BARDIER, BERTROU, Mme ENJALBERT : Méningite à colibacille guérison (Sté de Médecine de Chirur. et Pharma. de Toulouse. Séance du 19 Décembre 1945. In Toulouse Medical n° 2. Février 1946, p. 82).

TESDAL : Cured meningitis caused by B.coli commune (acta med. Scandinav 83 : 359-368 - 1934).

THOMAS - PERLES - PLANQUE - FOURNIAL : Méningite post opératoire à colibacilles et Friedlander, échec des sulfamides (Société d'Oto-Neuro-Ophtalmologie 26 Mars 1942 de Toulouse. In Presse Médicale n° 42, 19 Septembre 1942, p. 686).

THOMAS - PERLES - PLANQUE - FOURNIAL : Méningite post opératoire à colibacilles de Friedlander, échec des sulfamides (Soc. Oto-Neuro-Ophtalmologique. Séance du 28 mars 1942. In Toulouse Medical n° 7, p. 648, Juillet 1942.

H. E. THOMPSON et R. P. QUIRE : Meningitis caused by Bacillus coli (J. Iwa M. Soc. 29 : 611-613, Décembre 1939).

F. J. TRAISSAC DUTRENIT, R. SARIE : Méningite à colibacilles, terminaison d'une infection des voies biliaires (Soc. de Méd. et de Chir. de Bordeaux, séance du 3 Juillet 1936) Gaz. hebd. des Sciences Médicales, 23 Août 1936).

TRILLAT et NOTTER : Méningites à colibacilles chez le nourrisson (Lyon médical 163 : 624-627, 28 Mai 1939).

C. L. O. VOGET : Meningitis colibacillar (Dia Méd. 12.279-280. 8 Avril 1940).

VONDERALE-BOURITCHE : Bacillus coli meningitis, case report. (Chic. state M. J. 27 : 370-371, May 1931).

WALTRIGNY et VERAIN : Pyocéphalie colibacillaire du nourrisson (méningite) (Rev. Médic. de Nancy 64 : 739-741, 1er Octobre 1936).

WABENBOURG et H. BEDRINE : Les accidents nerveux au cours de la colibacillose (méningite) Paris Méd. 2 : 121-126 - 22 Août 1936 - syndrôme méningite et arthrite suppurée au cours d'une colibacillose - (Echo médical du Nord 4 : 219-224 Août 11-1935).

IMPRIMERIE PIERROT

3, RUE DE BELFORT - ALGER